Załącznik nr 6

……………………………….

……………………………….

……………………………….

Dane Oferenta

**Oświadczenie**

Ja, niżej podpisany /a, ………………………………………………..oświadczam, iż **na dzień złożenia oferty w toku niniejszego postępowania konkursowego, nie posiadam**  **wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą w formie praktyka lekarska wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego pod adresem: 4 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej we Wrocławiu, ul. Rudolfa Weigla 5, 50-981 Wrocław**

W związku z powyższym **zobowiązuje się do zarejestrowania w ww. rejestrze wedle powyższych wskazań i przedłożenia w 4 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej we Wrocławiu stosownego odpisu w dniu poprzedzającym termin obowiązywania umowy.**

………………………………………. ……………………………………….

Miejscowość i data (pieczęć i podpis składającego ofertę)